

MÉTHODES UTILISÉES PAR LE CDC POUR
LA MISE EN ŒUVRE ET LA GESTION DE LA RECHERCHE DES
CONTACTS POUR LA MALADIE À VIRUS EBOLA
DANS LES PAYS LES MOINS TOUCHÉS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)

Décembre 2014

TABLE DES MATIÈRES

Objectifs.....	1
Introduction.....	1
Définitions.....	1
Définitions des contacts.....	1
Définitions des alertes et des cas.....	2
Préparation.....	3
Infrastructure.....	3
Personnel.....	5
Équipe de recherche des contacts.....	6
Autres équipes.....	8
Ressources.....	9
Financement.....	9
Modules de formation.....	9
Mise en œuvre.....	11
Identification des contacts.....	12
Listage des contacts.....	12
Suivi des contacts.....	13
Renvoi des contacts.....	14
Gestion de la base de données.....	14
Gestion de la recherche des contacts.....	15
Personnel.....	15
Recrutement.....	15
Formation.....	15
Santé.....	16
Sécurité.....	16

Contacts.....	17
Identification et inscription.....	17
Stigmatisation	18
Suivi.....	18
Post-suivi.....	19
Assurance qualité	19
Mesures de qualité.....	20
Capacité d'élargissement	20
Conclusion	21
Annexes	22
Annexe A : Exemple de liste d'équipement pour la réponse à la maladie à virus Ebola	22
Annexe B : Considérations budgétaires relatives à la réponse à la maladie à virus Ebola	23
Annexe C : Procédure pas à pas pour la réponse à la maladie à virus Ebola	24
Annexe D : Formulaire de listage des contacts pour la réponse à la maladie à virus Ebola (POUR les épidémiologistes)	26
Annexe E : Formulaire de suivi quotidien des contacts pour la réponse à la maladie à virus Ebola (POUR les traceurs de contact)	27
Annexe F : Formulaire récapitulatif de la recherche des contacts pour la réponse à la MVE (POUR les superviseurs terrain)	28
Remerciements.....	29
Références et ressources supplémentaires	30

OBJECTIFS

1. Décrire le processus de recherche des contacts et l'importance de son rôle dans l'arrêt de la chaîne de transmission de la maladie à virus Ebola (MVE).
2. Décrire la procédure de recherche des contacts.
3. Décrire la procédure de gestion de la recherche des contacts une fois celle-ci amorcée.
4. Décrire les solutions possibles aux problèmes rencontrés lors de la recherche des contacts.

INTRODUCTION

La maladie à virus Ebola (MVE) est une pathologie dangereuse caractérisée par un taux de létalité élevé. Les premiers symptômes de la MVE sont généralement non spécifiques et ne sont pas immédiatement identifiables comme étant propres à la MVE (fièvre, maux de tête violents, douleurs musculaires, fatigue ou faiblesse). Une personne atteinte de MVE est contagieuse dès lors qu'elle commence à présenter les symptômes de la maladie ; aussi est-il absolument essentiel d'identifier et d'isoler immédiatement les personnes symptomatiques afin de stopper la propagation de la maladie.

La recherche des contacts est le processus qui consiste à identifier, évaluer et prendre en charge les personnes qui ont été exposées à une maladie, afin d'éliminer sa transmission. Les personnes qui ont potentiellement été exposées à la MVE sont systématiquement suivies tout au long de la période maximale d'incubation, soit 21 jours à compter de la date de la dernière exposition. Cette procédure permet une identification immédiate des personnes qui commencent à présenter des symptômes. La rapidité de l'identification des symptômes et du placement en isolement contribue à prévenir la transmission. Toutefois, la recherche des contacts ne peut stopper la transmission de la MVE que si elle fait l'objet d'une préparation, d'une mise en œuvre et d'une gestion appropriées. Il est donc important d'effectuer la préparation de façon anticipée.

Le présent document concerne principalement la mise en œuvre et la gestion de la recherche des contacts dans les zones ne recensant actuellement aucun cas de MVE, mais son utilisation peut également être envisagée dans n'importe quel pays. Le présent document fournit aux équipes du CDC des consignes pour aider les autorités sanitaires à : 1) préparer un pays à l'introduction de la MVE et 2) élaborer des méthodes normalisées pour stopper la transmission de la MVE. Bien que le présent document soit conçu comme un guide destiné au personnel du CDC, il importe, s'il est utilisé en externe, de veiller à en adapter le langage aux spécificités linguistiques et compétences locales.

DÉFINITIONS

L'efficacité de la recherche des contacts requiert une application rigoureuse des définitions des contacts et des cas, afin d'identifier les personnes-contacts et les cas-patients. Tout manquement dans la stricte application de ces définitions peut permettre une poursuite de la transmission. Les définitions ci-après sont fondées sur les définitions de contact et de cas établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)^{7,8}. Il est à noter qu'il s'agit ici de critères *a minima*. Les pays peuvent étendre les définitions en fonction du contexte présent.

DÉFINITIONS DES CONTACTS

Un **contact** est une personne qui a été exposée à un cas suspect, probable ou confirmé de MVE (un « cas ») dans au moins l'une des circonstances suivantes :

- Séjour dans le même foyer qu'un cas
- Contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) durant la maladie
- Contact physique direct avec le cas (décédé) lors d'une inhumation ou de rituels funéraires
- Contact avec le sang ou les fluides corporels d'un cas durant sa maladie
- Contact avec les vêtements ou le linge d'un cas
- Bébé ayant été allaité par une patiente

DÉFINITIONS DES ALERTES ET DES CAS

Ces définitions sont modifiées selon la définition de l'alerte du guide SIMR (surveillance intégrée de la maladie et riposte) de l'OMS (définition 1, voir référence 9), ainsi que les définitions de cas de l'OMS (définitions 2 à 5, voir références 7 et 8).

1. **Alerte SIMR** : Maladie avec apparition de fièvre et absence de réponse au traitement des cas habituels de fièvre dans la région concernée, **OU** au moins l'un des signes suivants :
 - Saignements, diarrhée sanglante ou saignement dans les urines**OU**
 - Tout décès soudain

2. **Cas en cours d'investigation (CUI)** : Toute personne qui, au cours des 21 jours précédant l'apparition des symptômes, a **voyagé ou séjourné dans un pays** dans lequel au moins un cas de MVE confirmé a été recensé, et qui présente :
 - Un accès soudain de forte fièvre, ainsi que l'un des symptômes suivants : maux de tête, vomissements, diarrhée, anorexie ou perte d'appétit, léthargie, douleurs d'estomac, douleurs musculaires ou articulaires, difficulté à avaler, difficultés respiratoires, hoquet**OU**
 - Saignements ou hémorragies inexplicables**OU**
 - Qui est décédée de façon subite et inexplicable

3. **Cas suspect** : Toute personne **ayant été en contact avec un cas d'Ebola, suspect, probable ou confirmé** au cours des 21 jours précédant l'apparition des symptômes, et qui présente :
 - Un accès soudain de forte fièvre, ainsi que l'un des symptômes suivants : maux de tête, vomissements, diarrhée, anorexie ou perte d'appétit, léthargie, douleurs d'estomac, douleurs musculaires ou articulaires, difficulté à avaler, difficultés respiratoires, hoquet**OU**
 - Saignements ou hémorragies inexplicables

4. **Cas probable** : Tout cas suspect décédé ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé d'Ebola pour lequel il n'a pas été possible de tester les échantillons en laboratoire pour obtenir confirmation.

5. **Cas confirmé** :
 - Tout CUI ou cas suspect entraînant un résultat positif en laboratoire.
 - Les cas confirmés en laboratoire doivent entraîner un test positif à l'antigène du virus, soit par détection de l'ARN viral par technique RT-PCR (réaction en chaîne par polymérase et transcription inverse), soit par détection des anticorps IgM dirigés contre la MVE.
 - La RT-PCR ne permet pas toujours de détecter la MVE au cours des trois premiers jours durant lesquels un patient présente des symptômes. Pour cette raison, un test négatif en laboratoire (test RT-PCR) de la MVE à partir d'un échantillon de sang prélevé moins de 72 heures après l'apparition des symptômes **n'exclut pas la MVE**. Si le patient est encore symptomatique 72 heures après l'apparition des symptômes, le test doit être renouvelé. Si, dans les 72 heures, le patient se rétablit de la maladie qui l'a amené à consulter un médecin, aucun renouvellement du test n'est nécessaire.

PRÉPARATION

La recherche des contacts ne permet d'interrompre la chaîne de transmission de la MVE que si elle est appliquée immédiatement lorsqu'un cas de MVE est détecté. Tout retard peut entraîner une propagation rapide de la MVE. La préparation est par conséquent essentielle et doit comprendre l'identification et l'affectation de l'infrastructure, du personnel, du budget, des ressources et de la formation nécessaires avant que le premier cas de MVE ne soit détecté.

INFRASTRUCTURE

Système d'alerte

Il convient qu'un système d'alerte soit mis en place dans les établissements médicaux sur tout le territoire national, notamment dans les districts limitrophes des pays touchés par la MVE, ainsi que dans les capitales. Les prestataires de soins de santé travaillant dans les établissements médicaux doivent : (a) connaître la définition d'un CUI ou d'un cas-patient suspect ; (b) être capables de reconnaître les signes et symptômes de la MVE afin de déterminer si une personne est un CUI ou un cas-patient suspect ; et (c) savoir comment activer le système d'alerte lorsqu'ils rencontrent une personne qui répond à la définition d'un CUI ou d'un cas-patient suspect. Une fois activé, le système d'alerte doit entraîner l'envoi de personnel spécialement formé pour examiner le CUI ou le cas-patient suspect et pour assurer la sécurité des prélèvements d'échantillons et du transport des patients, le cas échéant. L'équipe chargée de la recherche des contacts devra également être capable d'activer le système d'alerte si des contacts commencent à présenter des symptômes. Le système d'alerte fait intervenir un personnel formé aux définitions de cas et capable de reconnaître les signes et symptômes de la MVE.

Unité de confinement ou d'isolement

Ces zones doivent être conçues pour l'isolement d'une personne correspondant à la définition d'un CUI ou d'un cas-patient suspect. Bien qu'il soit possible d'aménager des locaux distincts, les infrastructures existantes peuvent être utilisées. Les aéroports, postes frontaliers et établissements de santé font partie des lieux courants à prendre en considération. Des aliments et produits de première nécessité seront nécessaires pour les CUI ou les cas-patients suspects en attente de confirmation. Dans certains établissements, les CUI ou cas-patients suspects pourront faire l'objet de prélèvements sanguins en vue du test MVE dans l'unité d'isolement et devront y patienter jusqu'à réception des résultats. Si un CUI ou un cas-patient suspect donne lieu à un résultat de laboratoire négatif moins de 72 heures après le début de la maladie, un second test sera requis 72 heures après l'apparition des symptômes pour confirmer l'absence de MVE. Dans les autres établissements, les CUI et cas-patients suspects seront transférés vers des unités de traitement Ebola à des fins de confinement et de test.

Cadre de gestion des incidents

Comprend des équipes organisées composées de personnes désignées pour diriger la réponse (voir Figure 1). Dans l'idéal, le personnel en charge du cadre de gestion des incidents comprend un représentant de chacun des intervenants ministériels. Le cadre de gestion des incidents est placé sous la responsabilité d'un gestionnaire d'incident qui doit avoir autorité pour prendre des décisions immédiates, allouer des ressources et des fonds et coordonner chaque ministère impliqué. Pour plus d'informations sur le cadre de gestion des incidents, veuillez consulter les documents de l'agence américaine de gestion des situations d'urgence FEMA (Federal Emergency Management Agency) sur le site <http://www.fema.gov/national-incident-management-system/nims-doctrine-supporting-guides-tools>. Ces directives sont conçues pour une utilisation aux États-Unis et doivent donc être adaptées pour répondre aux besoins des autres pays.

Unité de traitement Ebola (UTE)

Il s'agit de l'installation dans laquelle les cas-patients de MVE probables ou suspects se rendent pour y recevoir un traitement. Dans certains établissements, les CUI ou cas-patients suspects seront immédiatement transférés dans des UTE où ils feront l'objet de prélèvements sanguins et devront patienter jusqu'à la communication des résultats des tests. Les UTE sont spécialement conçues pour prévenir la transmission de la MVE aux autres personnes et doivent être aménagées

conformément aux directives de l'OMS et de MSF. Au moins une UTE doit être établie avant que le premier cas-patient ne soit détecté dans le pays concerné.

Laboratoire

Il est préférable de disposer d'un laboratoire capable de procéder à des tests de détection de la MVE sur le territoire national, mais en cas d'impossibilité, il importe de désigner un laboratoire de proximité capable de délivrer des résultats rapidement. Les personnes chargées de la planification doivent prendre en compte l'équipement disponible (réactifs y compris), le niveau de biosécurité et la disponibilité d'un personnel formé de façon adéquate. Les recommandations de l'OMS sont disponibles sur le site <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/laboratory-guidance/en/>. Des procédures opérationnelles normalisées concernant l'emballage et l'expédition corrects des échantillons doivent être identifiées et fournies à tous les établissements hospitaliers ou de soins^{1,3}.

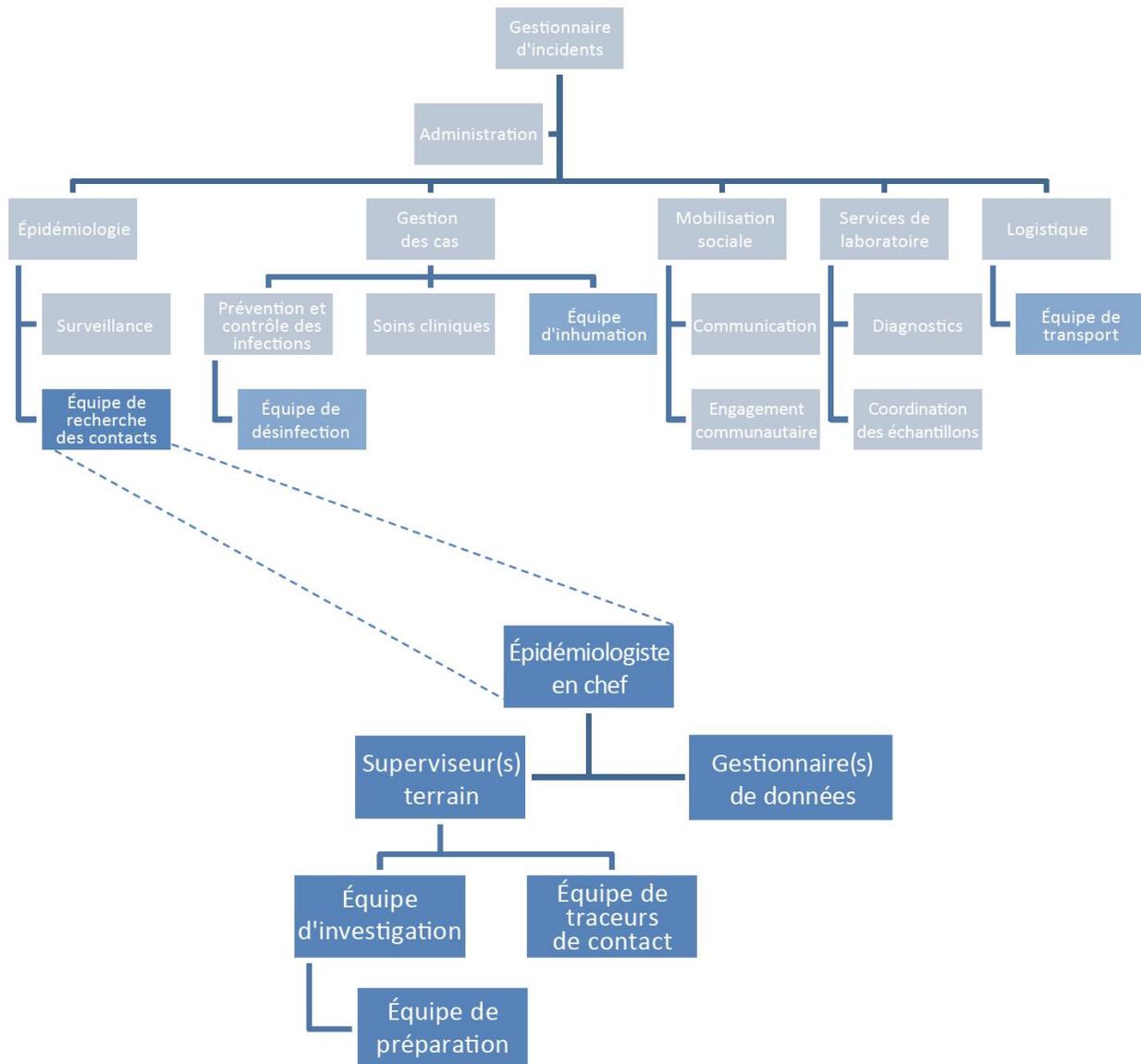
Gestion des données

Un gestionnaire de données spécifique doit être responsable de la saisie et de la gestion de toutes les données, y compris du suivi quotidien des personnes-contacts. Si les personnes-contacts sont réparties entre plusieurs districts, des gestionnaires de données dans chacun des districts concernés peuvent être nécessaires. La saisie électronique permet de rendre immédiatement compte aux intervenants clés des activités de recherche des contacts en cours, facilite le signalement obligatoire auprès de l'OMS et permet l'échange de données dans des régions qui, pour des raisons géographiques ou temporelles, ne permettent pas un signalement rapide ou efficace. Bien que non obligatoire, le logiciel Epi Info VHF (Viral Hemorrhagic Fever) est disponible gratuitement pour la gestion des cas-patients et des personnes-contacts via le site <http://epiinfovhf.codeplex.com/>. Si le logiciel ne fonctionne pas ou n'est pas disponible, les gestionnaires de données devront utiliser une autre plate-forme, telle que Microsoft Access ou Microsoft Excel.

PERSONNEL

Différentes équipes sont nécessaires au sein du cadre de gestion des incidents pour coordonner une réponse visant à identifier, maîtriser et éradiquer la MVE. Ce guide est axé sur l'équipe de recherche des contacts (voir Figure 1) et donne un aperçu de plusieurs autres équipes avec lesquelles l'équipe de recherche des contacts collabore. Les propositions d'équipes, de responsabilités et d'intitulés sont énoncées ci-après.

Figure 1 : Exemple de cadre de gestion des incidents pour la réponse à la maladie à virus Ebola



ÉQUIPE DE RECHERCHE DES CONTACTS

Épidémiologiste en chef

Formation/expérience : Formé à la recherche des contacts, l'épidémiologiste en chef doit être habilité au niveau national et avoir autorité sur tous les superviseurs terrain. Il doit s'agir d'une personne très organisée et minutieuse. Elle doit être en mesure de s'engager à plein temps pour rechercher des contacts lors d'une flambée d'Ebola.

Responsabilités : Les responsabilités de l'épidémiologiste en chef sont les suivantes :

- Décision concernant les personnes-contacts qui doivent continuer d'être suivies, celles qui représentent des priorités et celles pour lesquelles la surveillance peut être terminée.
- Communication avec les autres équipes, telles que celles de la gestion des cas et de la logistique, lorsqu'une personne-contact devient un cas-patient suspect.
- Supervision des opérations, surveillance de l'exhaustivité des investigations et des formations, et mobilisation des ressources.
- Si l'épidémiologiste en chef est habilité au niveau national, il peut être nécessaire de créer des sous-équipes à l'échelle du district ou au niveau local.

Quantité : Au moins une personne au niveau national.

Superviseur terrain

Formation/expérience : Épidémiologiste ou autre personnel soignant justifiant d'une expérience préalable en recherche de contacts, si possible. Il doit s'agir d'une personne très organisée et minutieuse. Elle doit être en mesure de s'engager à plein temps pour rechercher des contacts lors d'une flambée d'Ebola. Elle doit parler la langue nationale (anglais, français, portugais, par exemple) et la langue locale de la zone dans laquelle elle travaille.

Responsabilités : Les responsabilités du superviseur terrain sont les suivantes :

- Assignation des équipes de traceurs aux personnes-contacts
- Gestion des défis et questions qui émergent sur le terrain
- Activation de l'équipe d'investigation si une personne-contact présentant des symptômes est identifiée
- Identification et recherche des personnes-contacts dont le suivi n'est pas à jour
- Évaluation des mesures d'assurance qualité
- Collecte des données relatives aux initiatives de recherche des contacts en cours afin de rendre compte au gestionnaire des données et à l'épidémiologiste en chef

Quantité : Un superviseur terrain par groupe de 5 à 10 traceurs. Outre le nombre de personnes surveillées par un superviseur, les paramètres géographiques doivent également être pris en considération. Un superviseur est généralement responsable de 1 à 2 villages ou quartiers urbains, selon ce qui est logistiquement possible.

Gestionnaire de données

Formation/expérience : Personne ayant une expérience préalable en gestion de données et de solides connaissances informatiques. La personne doit recevoir une formation sur l'utilisation de la base de données Epi Info VHF (Viral Hemorrhagic Fever) (<http://epiinfovhf.codeplex.com/>) ou d'une autre base de données permettant un suivi quotidien des personnes-contacts.

Responsabilités : Les responsabilités du gestionnaire de données sont les suivantes :

- S'assurer que toutes les données sont saisies électroniquement et envoyer des rapports à l'épidémiologiste en chef, ainsi qu'aux autres autorités compétentes.
- Les gestionnaires de données doivent fournir aux superviseurs terrain des listes exactes et à jour de toutes les personnes-contacts à suivre (quotidiennement, ou à chaque modification de la liste).
- Les gestionnaires de données doivent également analyser les données de recherche des contacts afin d'identifier les problèmes liés à cette activité (par exemple les personnes-contacts qui n'ont pas été suivies avec succès, les cas-patients associés à un nombre anormalement faible de personnes-contacts, etc.)
- S'il est fait appel à du personnel supplémentaire pour la saisie des données, le gestionnaire de données supervisera ses activités et contrôlera la qualité des données.

Quantité : Au moins une personne lors de la réponse initiale.

Équipe de traceurs de contact

Formation/expérience : Chaque membre de l'équipe de traceurs de contact doit avoir assisté à une formation sur la recherche de contacts, dispensée dans l'idéal par le CDC. L'équipe de traceurs peut être composée de prestataires de soins de santé, de professionnels médicaux locaux et de membres de la communauté. Ces personnes doivent être fiables, responsables et au fait de la culture et des coutumes locales. Les traceurs doivent également être des personnes connues et respectées dans les communautés locales afin que les personnes-contacts puissent leur parler et décrire leurs symptômes en toute sincérité. Elles doivent également être capables de lire et écrire la langue employée par le reste de l'équipe de recherche des contacts, et de parler les langues locales des zones dans lesquelles elles travaillent. L'organisation des équipes de traceurs par zones géographiques peut aider à en maximiser l'efficacité. En outre, l'intervention de traceurs issus de communautés spécifiques ou environnantes peut favoriser l'acceptation des activités de recherche des contacts par les membres des communautés locales.

Responsabilités : Les responsabilités des membres de l'équipe sont les suivantes :

- Rendre visite aux personnes-contacts quotidiennement pendant 21 jours. Durant cette période, ils ont pour responsabilité de
 - Procéder à des entrevues et poser des questions sur l'état de santé de la personne-contact,
 - Fournir des rapports quotidiens sur les activités de suivi,
 - Avertir le superviseur terrain lorsqu'une personne-contact est malade.
- Les traceurs de contact doivent avertir les superviseurs terrain des autres problèmes qui affectent leurs villages (par exemple la résistance des communautés ou la présence potentielle de cas-patients parmi des personnes qui n'étaient pas connues comme personnes-contacts) et poursuivre la tentative d'identification de personnes-contacts supplémentaires pour chaque cas-patient (certaines personnes sont au départ réticentes à admettre qu'elles sont des personnes-contacts, ou ne se rappellent avoir eu un contact que quelques jours plus tard).

Quantité : Dans l'idéal, au moins deux traceurs doivent être affectés par équipe. Le nombre de personnes-contacts assignées à chaque traceur est variable.

Équipe d'investigation

Formation/expérience : Équipe composée d'épidémiologistes, de cliniciens, d'experts en comportements psychosociaux (pour les problèmes de stigmatisation et de santé mentale) et de spécialistes de la communication sanitaire (pour les problèmes d'éducation et de réseau). L'équipe doit disposer de l'expérience et de la formation nécessaires pour pouvoir poser des questions de suivi à la personne-contact. L'équipe d'investigation doit désigner une « Équipe de préparation » composée d'un petit groupe d'enquêteurs parés à être déployés 24h/24 lorsqu'un CUI ou un cas-patient suspect est signalé.

Responsabilités :

- Responsabilités de l'équipe de préparation :

- L'équipe de préparation a pour responsabilité d'interroger les CUI ou cas-patients suspects (ou leurs proches, si la personne est décédée), de déterminer si la personne correspond à la définition d'un CUI ou cas-patient suspect, et d'établir une première liste des personnes-contacts du CUI ou cas-patient suspects. La présence d'un clinicien est utile pour déterminer si la personne correspond aux définitions de cas.
- Si le CUI ou cas-patient suspect se révèle plus tard être un cas-patient probable ou confirmé, l'équipe d'investigation étendue continuera à poser des questions et visitera les lieux dans lesquels la personne s'est rendue afin d'y rechercher d'autres personnes-contacts potentielles.
- Responsabilités de l'équipe d'investigation :
 - Dès que l'équipe de préparation a identifié un CUI ou un cas-patient suspect comme étant un cas-patient probable ou confirmé, le système de gestion des incidents est activé et l'équipe d'investigation déployée.
 - Déploiement effectué si un traceur est préoccupé par l'état de santé d'une personne-contact.
 - Interrogation approfondie de tous les individus ayant eu une interaction avec un cas-patient (CUI, cas suspect, probable ou confirmé).
 - Évaluation d'une personne-contact symptomatique pour déterminer si elle devrait être considérée comme un cas-patient.
 - Si la personne-contact est jugée symptomatique et est donc un cas-patient suspect, l'alerte est donnée auprès du Superviseur terrain.
 - Identification et interrogation de toutes les personnes-contacts.
 - Notification aux personnes-contacts de leur statut, en leur indiquant la procédure de recherche des contacts et en leur apportant un soutien.
 - Listage de toutes les personnes-contacts sur le **formulaire de listage des contacts**.

Quantité : Au moins deux personnes pour l'équipe de préparation et chaque équipe d'investigation.

AUTRES ÉQUIPES

Bien que les équipes suivantes ne soient pas spécifiquement affectées à l'équipe de recherche des contacts, il est utile qu'elles soient disponibles lorsque le premier cas de MVE est détecté, afin que la recherche des contacts fonctionne efficacement. La communication entre l'équipe de recherche des contacts et les autres équipes, via les chefs d'équipe, est vitale avant qu'une personne-contact ne devienne un cas-patient. Des exemples d'équipes supplémentaires sont indiqués ci-après.

Équipe de transport

Formation/expérience : Le personnel doit posséder une bonne connaissance du terrain et de la géographie de la région. Il doit avoir été formé à la prévention et au contrôle des infections.

Responsabilités : L'équipe est responsable du transport des CUI et des cas-patients suspects, probables ou confirmés vers des unités d'isolement ou des UTE. L'équipe doit être dotée d'un véhicule permettant le transport de personnes et d'EPI et pouvant être désinfecté.

Quantité : Au moins trois personnes par équipe. Deux personnes sont désignées pour transporter physiquement la personne sous investigation si nécessaire, et une personne est désignée comme conducteur. Le nombre d'équipes de transport dépend du nombre de cas, des personnes-contacts et de la répartition géographique.

Équipe de désinfection

Formation/expérience : L'équipe de désinfection peut être composée de membres de la population locale et d'agents des autorités médicales environnementales (autorités sanitaires) formés à la lutte contre les infections de MVE.

Responsabilités : Cette équipe est responsable de l'assainissement des lieux qui ont été fréquentés par des cas-patients probables ou confirmés, des lieux dans lesquels l'identification initiale a eu lieu, ainsi que des lieux d'inhumation, selon la situation. En outre, elle est chargée de désinfecter les véhicules de transport, et donc de travailler en coordination avec les équipes d'inhumation et de transport. La désinfection doit être accomplie conformément aux directives CDC les plus récentes. Pour plus d'informations, voir le site <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/environmental-infection-control-in-hospitals.html>.

Quantité : Au moins deux membres par équipe. Le nombre d'équipes de désinfection dépend du nombre de cas-patients, de personnes-contacts et de la répartition géographique.

Équipe d'inhumation

Formation/expérience : L'équipe d'inhumation peut être composée de membres de la population locale et de représentants des autorités sanitaires formés à la prévention et au contrôle des infections par le virus Ebola.

Responsabilités : L'équipe est responsable de l'inhumation des personnes décédées ayant eu un diagnostic MVE probable ou confirmé, ainsi que des personnes-contacts décédées. Par défaut, les personnes-contacts décédées sans confirmation en laboratoire sont des cas probables, sauf s'il est clairement établi que leur décès résulte d'autres causes.

Quantité : Une équipe composée d'au moins six personnes. Quatre personnes sont désignées pour le transport du corps, une personne pour la désinfection du corps et une autre en tant que conducteur. Le nombre d'équipes d'inhumation dépend du nombre de cas, de personnes-contacts et de la répartition géographique.

RESSOURCES

Des ressources et équipements doivent être acquis et prêts à être distribués à l'équipe de préparation et utilisés dans les procédures de réponse initiale. Bien qu'une capacité d'élargissement doive être prise en compte, l'attention doit porter essentiellement sur les ressources nécessaires à la réponse initiale afin d'éviter tout retard dans l'intervention.

Un exemple de liste d'équipements minimum est fourni en annexe A à titre informatif uniquement. Les ressources nécessaires sont variables suivant les pays, en fonction de l'infrastructure existante et des ressources disponibles.

FINANCEMENT

Un obstacle courant à une réponse rapide lors de l'identification initiale des cas est le manque de fonds discrétionnaires ou l'absence d'autorité habilitée à débloquer des fonds immédiatement si nécessaire. Tout retard dans les activités d'intervention, même de quelques heures seulement, peut déclencher une chaîne de transmission à grande échelle. Le financement doit être alloué durant les activités de préparation et avant l'identification du premier cas.

Les considérations budgétaires relatives à l'initiation de la réponse rapide sont fournies en annexe B à titre informatif uniquement. Les ressources nécessaires sont variables suivant les pays, en fonction des infrastructures existantes et de la situation financière.

MODULES DE FORMATION

La mise en œuvre de la recherche des contacts doit être prioritaire lorsque le premier cas-patient probable ou confirmé est identifié. Les modules de formation suivants sont nécessaires pour que le personnel soit prêt à mettre immédiatement en œuvre la recherche des contacts. Bien que les autres membres du personnel d'intervention d'urgence ne soient pas nécessairement impliqués de façon directe dans la recherche des contacts, toute personne impliquée dans l'intervention d'urgence doit être au fait des procédures générales de recherche des contacts et de leur importance, y compris les membres des équipes de logistique, de prise en charge des cas (tels que le personnel de santé) et les groupes de mobilisation sociale. Ces modules sont consultables sur le site SharePoint du CDC (<https://partner.cdc.gov/sites/OPHPR/ebolaprep>) ou via les ressources énumérées ci-après.

Module de formation des traceurs de contact

Ce stage d'une journée doit être suivi par les membres des équipes de traceurs et les superviseurs terrain. L'objectif de ce module est de comprendre la MVE, son mode de transmission, la prévention et le contrôle des infections, la procédure de recherche des contacts (spécifique aux traceurs), la sécurité, ainsi que les méthodes de réponse aux défis communs sur le terrain.

Module de mise en œuvre et de gestion

Ce stage de deux jours doit être suivi par les épidémiologistes et les superviseurs terrain. Ce cours porte sur la mise en œuvre et la coordination de la procédure de recherche des contacts, en présentant les obstacles couramment rencontrés dans la mise en œuvre et la gestion en continu (voir la rubrique « Exercice sur table de recherche de contacts »).

Exercice sur table de recherche de contacts

Cet exercice de simulation a généralement lieu durant le second jour du stage de mise en œuvre et de gestion de deux jours, mais il peut également faire l'objet d'une formation en autonomie. L'exercice a été mis au point en vue d'être enseigné aux responsables de la recherche des contacts, tels que les épidémiologistes et les superviseurs terrain. Le but de cet exercice sur table est d'identifier les domaines à améliorer, mais aussi d'apprendre aux responsables d'une enquête de recherche des contacts à maîtriser les protocoles et la résolution des problèmes, tout en les familiarisant avec les documents et ressources nécessaires pour effectuer la recherche des personnes-contacts. L'exercice débute par l'introduction d'un cas dans un pays fictif, puis se poursuit par une simulation de recherche de contacts impliquant la recherche de cas, l'identification, l'énumération et le suivi des contacts, puis leur renvoi.

Formation à la base de données Epi Info VHF

La base de données Epi Info VHF du CDC est l'outil recommandé pour effectuer le suivi des activités de recherche des contacts. Bien qu'il n'existe aucun cours formel, le manuel peut être utile à la formation, et il est un élément essentiel de la formation du gestionnaire des données. Le logiciel Epi Info VHF (Viral Hemorrhagic Fever) est disponible gratuitement pour la gestion des cas-patients et des personnes-contacts via le site <http://epiinfovhf.codeplex.com/> et plusieurs guides et tutoriels vidéo sont également disponibles sur ce site, sous l'onglet « Documentation ».

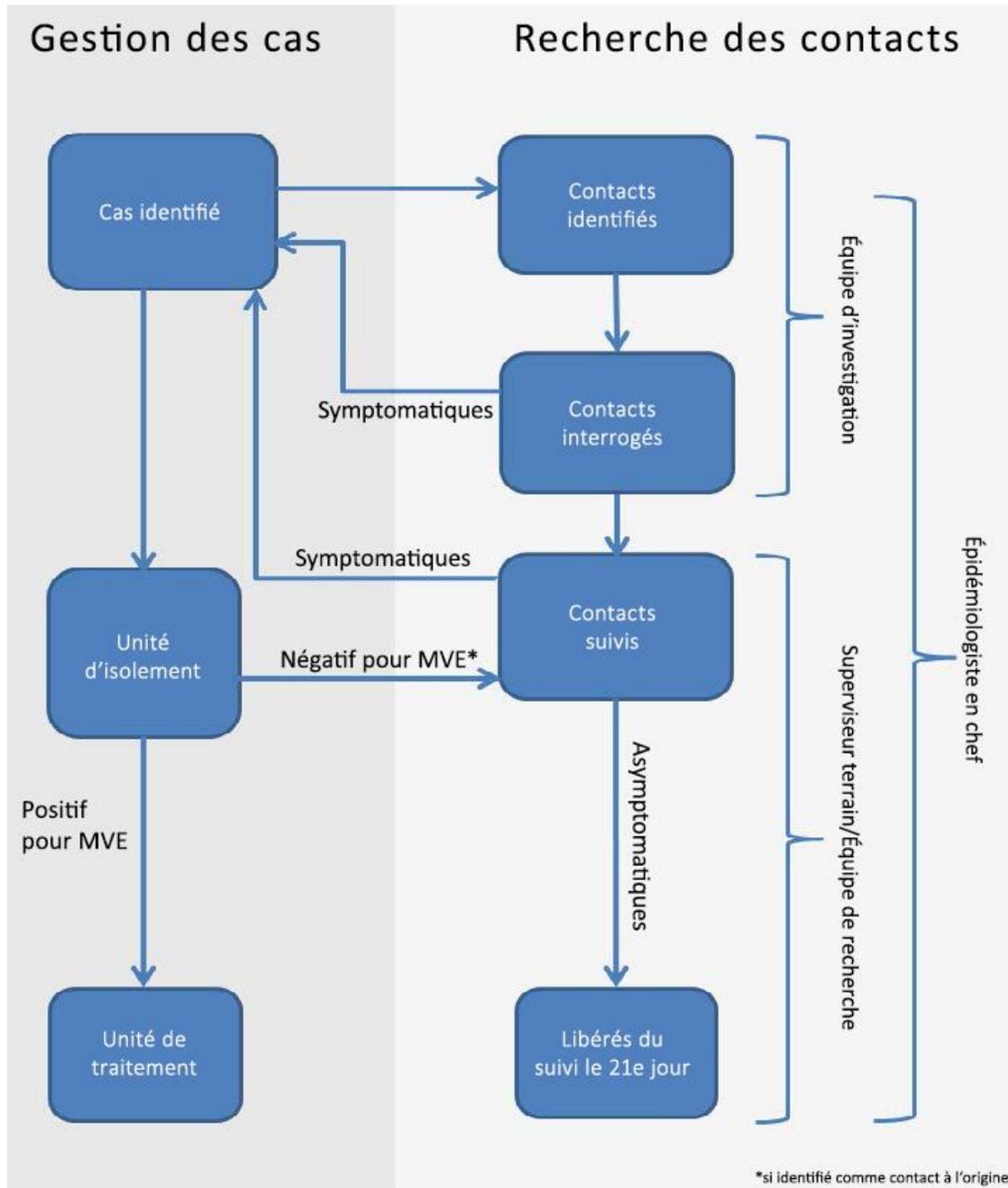
Formation à la prévention et au contrôle des infections

Cette formation est essentielle à tout le personnel appelé à être impliqué dans la lutte contre Ebola. Outre la compréhension des principes fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections, cette formation couvre les procédures spécifiques à la MVE, telles que l'usage approprié des EPI. Bien qu'il n'existe pour l'heure aucun cours formel, des directives peuvent être obtenues auprès de l'OMS et du CDC⁴.

MISE EN ŒUVRE

Les procédures générales de recherche des contacts sont indiquées ci-après. Un organigramme est représenté sur la Figure 2. Un aperçu des procédures pas à pas est disponible dans l'Annexe C.

Figure 2 : Organigramme de la réponse à la maladie à virus Ebola



IDENTIFICATION DES CONTACTS

Lorsqu'un CUI ou un cas-patient MVE suspect est initialement détecté, l'équipe de préparation doit être immédiatement mise en alerte pour procéder à une investigation. La confirmation en laboratoire ne doit pas être attendue pour initier la recherche de contacts préliminaire.

L'équipe de préparation est tenue de dresser une liste initiale des personnes-contacts associées au CUI ou au cas-patient suspect. Si la personne correspond à la définition d'un cas probable ou confirmé, la structure de commandement contre les incidents est activée et l'équipe d'investigation reçoit une notification de déploiement.

L'équipe d'investigation identifie systématiquement toutes les personnes-contacts potentielles depuis l'apparition des symptômes chez le malade (voir Annexe D). Elle est tenue de poser des questions visant à recenser toutes les activités du cas-patient depuis le début de la maladie et à identifier toutes les personnes impliquées dans ces activités. Cet entretien se veut complet, détaillé et approfondi. Aucun aspect des activités quotidiennes du cas-patient depuis l'apparition de sa maladie ne doit être négligé. Toutes les activités effectuées par le cas-patient doivent être recherchées et les autres personnes impliquées dans les activités du cas-patient depuis qu'il a commencé à se sentir souffrant doivent être identifiées.

Si l'état de santé du cas-patient permet à ce dernier de s'exprimer lui-même, l'équipe d'investigation lui pose directement les questions. Si le cas-patient est décédé, l'équipe s'adressera aux personnes impliquées dans les activités quotidiennes de la personne décédée dans les heures et les jours qui ont précédé son décès. L'équipe doit s'adresser à la famille et aux autres personnes-contacts, que le cas-patient soit vivant ou décédé ; il arrive en effet qu'un cas-patient omette, délibérément ou non, de mentionner des personnes-contacts (ou que la personne-contact soit trop malade pour fournir une liste précise). L'équipe recueille des informations auprès des personnes ayant eu une proximité géographique avec le cas-patient, y compris la famille et les voisins, et doit donc visiter le foyer de chaque cas-patient.

Pour assurer une liste complète et précise des personnes-contacts, l'équipe peut avoir à mener plusieurs entretiens et visiter des lieux dans lesquels le cas-patient s'est rendu après avoir commencé à se sentir souffrant, afin d'obtenir les noms des personnes-contacts que le cas-patient ne connaît pas (par exemple d'autres personnes dans un restaurant, un hôtel, une conférence, sur un marché, dans un établissement clinique ou sur le lieu de travail). Toutes les personnes, y compris le cas-patient et sa famille ou d'autres personnes-contacts proches, doivent disposer d'un moyen aisé de joindre l'équipe d'investigation si d'autres personnes-contacts leur reviennent en mémoire après une entrevue.

LISTAGE DES CONTACTS

Chaque personne-contact potentielle identifiée par l'équipe d'investigation est indiquée sur le **formulaire de listage des contacts** (voir Annexe D). Ce formulaire est également imprimable à partir de l'application Epi Info VHF. Les informations recueillies doivent concerner :

- L'interaction d'une personne-contact avec le cas-patient
- Sa relation avec le cas-patient
- La date de la dernière interaction
- Le type d'interaction

Les informations complémentaires doivent comprendre le lieu de résidence de la personne-contact (adresse) et un numéro de téléphone.

Chaque personne-contact potentielle répertoriée est ensuite interrogée par l'équipe d'investigation. Au cours de cet entretien, les personnes-contacts éventuelles sont interrogées sur la date de leur dernière interaction avec le cas-patient. Si une incohérence apparaît entre la date mentionnée par le cas-patient et celle indiquée par la personne-contact, c'est la date la plus récente qui sera utilisée pour fixer le début de la période de suivi de 21 jours.

Le statut d'exposition de la personne-contact potentielle est déterminé par l'épidémiologiste en chef de l'équipe à la suite de l'entrevue. Si un quelconque risque est établi, la personne-contact potentielle est définie comme étant une personne-contact et va nécessiter un suivi. Si aucun risque n'est identifié, la personne n'est plus considérée comme personne-contact et ne nécessite aucun suivi.

Lorsque des personnes-contacts sont identifiées et confirmées, elles doivent être informées de leur niveau de risque et du plan de suivi prévu. Les personnes-contacts doivent apprendre à reconnaître les signes et symptômes de la MVE et connaître les mesures visant à se protéger elles-mêmes ainsi que les autres personnes. Elles doivent recevoir des informations leur permettant d'alerter l'équipe de traceurs, le superviseur terrain et les autorités sanitaires locales en cas de manifestation de symptômes. Si des symptômes se développent, la personne-contact doit s'isoler et notifier son traceur afin d'empêcher d'autres personnes de contracter la MVE. La personne-contact doit également être consciente qu'il est important d'alerter l'équipe si elle se déplace ou quitte la zone.

Toute personne-contact qui se révèle symptomatique lors de l'entretien initial est un cas suspect potentiel. Dans cette situation, l'équipe d'investigation prendra contact avec le superviseur terrain, qui activera les équipes de transport et de désinfection. Le cas-patient suspect sera alors transporté vers une unité d'isolement à des fins de tests supplémentaires. Dans l'attente des tests MVE, l'identification et le listage des contacts devront être instaurés pour ce nouveau cas-patient suspect.

Le suivi nécessaire peut varier en fonction des politiques du ministère de la santé. Dans certains cas, les personnes-contacts asymptomatiques seront autorisées à poursuivre leurs activités quotidiennes au cours des 21 jours de suivi à condition d'avoir accès à temps à des soins médicaux si elles commencent à présenter des symptômes (5). Des directives plus strictes, telles qu'une mise en quarantaine à domicile des personnes-contacts à haut risque, peuvent être appliquées à la discrétion du pays concerné.

SUIVI DES CONTACTS

L'équipe de traceurs effectue un suivi des contacts par le biais de visites quotidiennes de la personne-contact en un lieu et à une heure préalablement convenus. Les traceurs doivent, dans l'idéal, être affectés à la même personne-contact pendant toute la durée du suivi de 21 jours. Ceci permet de garantir la continuité et le développement d'une relation, ce qui favorise la confiance. Un tel environnement encourage les personnes-contacts à signaler le développement des symptômes. En outre, cette continuité permet d'identifier le détail des activités d'une personne-contact dans sa vie quotidienne, afin de s'assurer que toutes les personnes-contacts fassent chaque jour l'objet d'une étude cohérente durant tout le suivi.

Lors des visites quotidiennes, les traceurs évaluent l'état de santé de la personne-contact par une observation directe et en posant au moins les deux questions suivantes : 1) Comment vous sentez-vous ? 2) Avez-vous eu de la fièvre ? Ces données doivent figurer sur le **formulaire de suivi quotidien des contacts** (voir Annexe E). Si la personne-contact ne fait état d'aucun symptôme, sa température peut être prise. La prise de la température n'est pas obligatoire, mais laissée à la discrétion du pays et du contexte de réponse à la MVE. Si les ressources sont disponibles, chaque personne-contact doit recevoir un thermomètre à utiliser pendant les 21 jours de sorte que le traceur puisse éviter une interaction physique directe avec la personne-contact*.

En cas d'incertitude concernant l'état de santé de la personne-contact durant la procédure de suivi, le traceur doit contacter immédiatement le superviseur terrain, qui activera l'étape suivante du système d'alerte afin de déterminer si la personne-contact correspond à la définition d'un cas suspect.

*La température ne doit pas faire l'objet d'une confiance excessive, notamment en cas d'utilisation du Thermo-Flash, dont la précision peut être moindre lorsqu'il est utilisé en dehors des conditions idéales, par exemple dans des lieux arides ou sous des températures extrêmes. La présence d'une fièvre subjective et/ou d'autres symptômes chez une personne-contact doit éveiller les soupçons.

Si la personne-contact correspond à la définition d'un cas suspect, le superviseur terrain est alerté. Le superviseur terrain alertera l'épidémiologiste en chef, qui assurera la coordination avec l'équipe de gestion des cas pour activer d'autres équipes, telles que celles de transport et de désinfection. L'équipe d'investigation doit coordonner ses efforts avec les autres équipes, telles que celles de désinfection et de transport, afin de faire en sorte que le cas-patient suspect soit rapidement atteint. Le cas-patient suspect doit être transporté vers une unité d'isolement en vue d'y recevoir des soins médicaux et y subir des tests de confirmation. Dans l'intervalle, l'équipe d'investigation doit commencer l'identification des contacts pour ce nouveau cas-patient suspect.

La RT-PCR ne permet pas toujours de détecter la MVE au cours des trois premiers jours durant lesquels un patient présente des symptômes. Pour cette raison, un test en laboratoire (test RT-PCR) négatif à la MVE à partir d'un échantillon de sang prélevé moins de 72 heures après l'apparition des symptômes **n'exclut pas la MVE**. Si le patient est encore symptomatique 72 heures après l'apparition des symptômes, le test doit être renouvelé. Si, dans les 72 heures, le patient se rétablit de la maladie qui l'a amené à consulter un médecin, aucun renouvellement du test n'est nécessaire.

Si la personne-contact devenue cas-patient suspect obtient un test MVE négatif 3 jours (72 heures) après l'apparition des symptômes, elle peut rentrer chez elle et poursuivre la précédente procédure de suivi de 21 jours, puisqu'elle redevient dès lors une personne-contact. Il est à noter que si un cas-patient suspect a été conduit dans une UTE mais que ses tests sont négatifs, MSF recommande de redémarrer la période de suivi de 21 jours en considérant le jour de la dernière exposition comme jour de sortie de l'UTE. Ceci est dû au fait que la personne s'est trouvée dans l'UTE et donc a donc été potentiellement exposée à d'autres cas-patients présents dans l'UTE. Toutefois, cette situation est difficile, car elle peut aggraver la crainte vis-à-vis des UTE dans la communauté si les gens apprennent qu'ils doivent être suivis pendant 21 jours en raison d'un risque de contracter l'infection dans une UTE. Dès lors, il se peut que certains pays choisissent de ne pas mettre cette directive en œuvre.

Si le test du cas-patient suspect est positif à la MVE, le patient devient un cas-patient confirmé et est transféré dans une UTE (ou un autre lieu désigné pour l'examen des patients MVE). L'équipe d'investigation poursuit l'identification et le suivi des contacts de ce cas-patient (voir Figure 2).

L'équipe de traceurs doit, en fin de journée, rendre compte au superviseur terrain de toutes les personnes-contacts identifiées et de toutes celles qui n'ont pas été trouvées. Cette liste doit être établie en indiquant les noms de toutes les personnes-contacts appartenant aux catégories appropriées dans le **Formulaire récapitulatif de la recherche des contacts** (voir Annexe F). Ces informations doivent ensuite être transmises au gestionnaire de données, qui les communiquera à son tour à l'épidémiologiste en chef.

RENOI DES CONTACTS

Les personnes-contacts qui ont été examinées et interrogées, et ne présentent pas de symptômes de MVE le 21ème jour du suivi, peuvent être libérées du processus de recherche. Les personnes-contacts qui n'ont pas été vues le 21ème jour du suivi nécessitent un suivi prioritaire quotidien jusqu'à ce qu'elles aient été trouvées. Aucune personne-contact ne peut être libérée du suivi sans avoir été vue et examinée le 21ème jour, ou plus tard.

GESTION DE LA BASE DE DONNÉES

Pour gérer efficacement les cas-patients et leurs personnes-contacts respectives, une base de données est indispensable. Outre la possibilité de consigner les informations relatives aux cas-patients et aux personnes-contacts, la base de données doit permettre de générer des rapports quotidiens, d'exporter les données à des fins d'analyse, de cartographier géographiquement les personnes-contacts et de représenter visuellement les chaînes de transmission, si possible. Toutefois, si le nombre de personnes-contacts est faible, il se peut que ces fonctionnalités supplémentaires ne soient pas nécessaires. L'utilisation d'une base de données électronique permet un *reporting* rapide des données et des tendances, ce qui favorise la prise de décisions plus rapides dans le cadre de la procédure de recherche des contacts.

Bien que la base de données Epi Info VHF soit recommandée, d'autres bases, telles que le système FIMS (Field Information Management System) de l'OMS, peuvent également être utilisées.

Si les ressources et infrastructures existantes sont suffisantes, il convient d'envisager la collecte électronique des données sur le terrain. Dans ce cas, des appareils mobiles de collecte des données (tels que smartphones ou tablettes) sont fournis aux équipes d'investigation et aux traceurs pour leur permettre de saisir toutes les données directement. Ceci permet de réduire les besoins en formulaires papier et les saisies de données supplémentaires. En outre, ce dispositif requiert une coordination du transfert des données entre le terrain et les bureaux, via Internet ou en connectant les périphériques à des ordinateurs de bureau.

GESTION DE LA RECHERCHE DES CONTACTS

PERSONNEL

RECRUTEMENT

En raison de l'exposition accrue aux cas-patients MVE suspects et confirmés qui peut se produire au cours de la recherche des contacts, le recrutement de personnel peut être difficile. Les orientations prises pour faire face à ce problème dépendent du pays concerné, mais incluent des incitations telles que :

- Augmentation de la rémunération
- Offre d'assurance médicale ou d'assurance-vie au personnel
- Mise à disposition d'EPI pour le personnel

Le personnel potentiel doit être assuré que toutes les formations et ressources nécessaires leur seront fournies pour accomplir leurs tâches en toute sécurité.

Il se peut, par ailleurs, que les membres du personnel fassent l'objet d'une stigmatisation par leurs pairs, leur famille ou leur communauté s'ils s'engagent dans des activités de lutte contre la MVE. Des initiatives de communication et d'éducation sanitaires au sein de la communauté peuvent contribuer à réduire cette stigmatisation. Les personnes ayant survécu à la MVE sont, à cet égard, un atout de grande valeur. Une autre stratégie efficace consiste à convaincre les communautés que la recherche des contacts représente le meilleur moyen de lutter contre le virus Ebola et de protéger ces communautés (les personnes accomplissant le travail de recherche des contacts sont des héros !).

Il est très important de rémunérer le personnel en temps et en heure. Le personnel doit connaître le montant et la périodicité de sa rémunération et savoir qu'il sera payé de façon fiable. Le paiement ne doit toutefois avoir lieu qu'une fois qu'ils exercent leurs fonctions.

FORMATION

Une formation doit être dispensée lorsque les employés sont recrutés et avant qu'ils ne commencent la recherche des contacts. Il faut s'assurer qu'ils se sentent à l'aise et sont bien formés pour remplir leurs fonctions. La formation doit être adaptée à leurs tâches, et des formations de rappel doivent être menées régulièrement afin de rappeler au personnel les procédures opérationnelles normalisées et lutter contre les « mauvaises habitudes » qu'il est susceptible d'adopter sur le terrain. Des formations complémentaires peuvent également être nécessaires si des situations auxquelles les équipes n'ont pas été correctement formées se présentent sur le terrain, ou en cas de modification des procédures opérationnelles normalisées. Les traceurs et les responsables locaux doivent recevoir une formation à la MVE. En l'absence de formation, les traceurs peuvent craindre d'interagir avec les personnes-contacts.

Dans certains cas, les personnes-contacts auront un grade plus élevé que le traceur (par exemple, si ce dernier est une infirmière chargée de suivre une personne-contact qui est un médecin). Ces différences de grade peuvent entraver le processus de suivi des contacts si la personne-contact refuse d'être suivie par le traceur assigné. L'attribution d'un certificat officiel aux personnes ayant reçu une formation peut aider à prévenir ce problème.

Il est également important de responsabiliser les traceurs de contact en leur expliquant qu'un grand nombre de gens ne comprennent pas les symptômes d'Ebola et ont peur d'admettre qu'ils sont malades, aussi doivent-ils vérifier par eux-mêmes l'état de santé de chaque personne-contact et non s'en remettre uniquement aux dires de cette dernière. Les traceurs doivent également être conscients qu'en cas de problème de cette nature, le superviseur terrain doit être alerté afin que les personnes-contacts concernées puissent être informées ou qu'un plan de suivi alternatif soit mis au point.

SANTÉ

Il est essentiel de préserver la santé du personnel afin qu'il puisse s'acquitter de ses fonctions. Pendant toute la durée du service à ces postes, des soins médicaux doivent être fournis en cas de problème de santé, y compris d'infection par la MVE.

La bonne santé du personnel repose sur le maintien de leur sécurité lors de l'interaction avec les personnes-contacts et les cas-patients potentiels. Les mesures suivantes doivent être strictement appliquées :

- Éviter le contact physique direct (tel que poignée de main ou étreinte) avec toutes les personnes-contacts.
- Dans les pays fortement touchés, éviter tout contact avec une personne habitant un village touché.
- Se tenir en toutes circonstances à une distance d'au moins 1 mètre (3 pieds) de la personne-contact.
- Ne pas s'introduire dans le domicile d'une personne-contact.
- Ne pas s'asseoir sur des chaises à l'intérieur ou à proximité du domicile d'une personne-contact.
- Ne pas partager ni accepter de repas ou de boisson avec la personne-contact. S'efforcer de prendre un petit-déjeuner copieux avant les visites à domicile afin d'éviter la tentation de consommer des aliments ou boissons lors de la visite de personnes-contacts.
- Si vous devez prendre la température de la personne-contact :
 - Porter des gants lors de la prise de température de la personne-contact.
 - Demander à la personne-contact de se mettre de dos et prendre sa température au niveau de son aisselle.
 - Éviter de toucher la personne-contact et se tenir à distance pour attendre le résultat du thermomètre.
- Dans tous les autres cas, le port d'un équipement de protection individuelle (EPI) est obligatoire.
- Si la personne-contact est visiblement malade, ne pas prendre sa température. Avertir le superviseur terrain.
- Respecter les mesures de prévention et de contrôle des infections.

Il peut être très inquiétant pour les communautés de voir des traceurs de contact qui portent des équipements de protection. Dans ce cas, l'ensemble de la communauté peut avoir le sentiment qu'elle a besoin elle aussi d'un équipement de protection et il existe un risque énorme de stigmatisation des personnes-contacts. Si un EPI est fourni au personnel, il doit l'être en veillant à ce qu'il ne soit pas porté avant la visite initiale des personnes-contacts, sauf si le personnel a connaissance que l'une des personnes avec lesquelles il interagit est malade.

SÉCURITÉ

La sécurité du personnel est essentielle. Les consignes suivantes doivent être communiquées au personnel et strictement appliquées.

- Ne pas entrer dans des communautés manifestement hostiles, agressives ou peu accueillantes.
- Ne pas tenter d'arrêter les personnes-contacts ou cas-patients qui cherchent à s'enfuir.

En cas d'incident, le superviseur terrain doit être contacté afin d'apporter le soutien et les ressources adéquats au membre du personnel concerné. Le superviseur terrain doit également communiquer avec une autre équipe appropriée (par exemple une équipe d'éducation du public) afin de tenter de résoudre le problème survenu au sein de la communauté.

Suivant les pays et le contexte, l'intervention des forces de l'ordre ou des autorités militaires peut être nécessaire, mais cette situation doit normalement pouvoir être évitée grâce à une formation adéquate du personnel à la prévention des infections par MVE. En cas d'interaction de professionnels de la sécurité avec des cas-patients MVE, ces personnes peuvent se retrouver correspondre elles-mêmes à la définition d'une personne-contact et nécessiter un suivi par l'équipe de traceurs.

Il peut être important d'impliquer les membres ou les liaisons de la communauté avant l'arrivée dans certaines juridictions afin d'assurer la reconnaissance et le respect des coutumes, pratiques et particularités locales, ce qui permet d'accroître la probabilité d'être bien accueilli dans la communauté et d'améliorer ainsi la sécurité. En Guinée, par exemple, avant que la recherche des contacts ne soit lancée dans un nouveau village, une première étape clé a consisté à rencontrer le chef du village pour lui expliquer en quoi la recherche des contacts était importante. La rencontre avec les membres de la communauté locale avant le début des activités de recherche des contacts peut vraiment contribuer à réduire la résistance.

CONTACTS

IDENTIFICATION ET INSCRIPTION

La recherche des contacts s'appuie sur le consentement du cas-patient à identifier les personnes-contacts potentielles. L'échec d'identification ne serait-ce que d'une seule personne-contact susceptible de devenir un cas-patient peut causer une propagation plus importante de la MVE. Les cas-patients peuvent se trouver incapables de se rappeler tous leurs contacts, notamment s'ils ont été souffrants pendant une longue période. Les membres de l'équipe d'investigation sont des épidémiologistes compétents en matière de recherche des contacts et de conduite d'interrogatoires. L'équipe d'investigation doit dresser la liste des contacts d'un cas-patient afin de rechercher tous ses contacts. Au cours de la recherche initiale des contacts, il peut être utile de diviser les équipes d'investigation de sorte qu'un groupe se concentre sur les personnes-contacts du corps médical et un autre sur les personnes-contacts de la communauté. Toutefois, il importe de veiller à une excellente communication entre les équipes (en raison des risques de doublons entre personnes-contacts).

Les interrogatoires doivent être menés en fonction du contexte et de la culture du pays, et doivent se concentrer sur la période au cours de laquelle le cas-patient a développé les symptômes. Les questions doivent être conçues dans le but de recueillir les noms des :

- Personnes ayant eu un contact physique direct
- Personnes ayant eu un contact sexuel
- Personnes ayant vécu sous le même toit que le cas-patient
- Personnes ayant rendu visite au cas-patient (à domicile, dans un établissement médical, lors de funérailles ou d'une inhumation, etc.)
- Lieux que le cas-patient a fréquentés (lieu de travail, pharmacie, lieu de culte, famille élargie, guérisseurs traditionnels, etc.)
- Établissements de santé fréquentés ou utilisés par le cas-patient et par tout le personnel de santé ayant dispensé des soins au cas-patient

Il peut être utile d'invoquer un calendrier ou des dates précises, telles que des fêtes ou anniversaires, pour aider les cas-patients potentiels à se remémorer leurs activités. En outre, lorsque des personnes sous investigation et des cas-patients probables ou confirmés sont initialement notifiés de leur statut, leur réaction de crainte peut ralentir leur capacité à se remémorer leurs contacts. La présence d'un personnel de soutien psychosocial auprès de l'équipe d'investigation peut faciliter l'identification des contacts.

Dans le cas où le cas-patient est décédé, l'équipe d'investigation doit identifier les éléments ci-après :

- Toutes les personnes qui ont vécu sous le même toit que le cas-patient (vivant ou décédé) depuis l'apparition des symptômes
- Toutes les personnes qui ont rendu visite au cas-patient (vivant ou décédé) à son domicile ou dans un établissement de soins depuis l'apparition des symptômes
- Tous les lieux fréquentés par le cas-patient (vivant ou décédé) depuis l'apparition des symptômes (guérisseur traditionnel, lieu de culte, lieu de travail, etc.)
- Tous les établissements de soins fréquentés par le patient depuis le début de sa maladie et tous les travailleurs de santé qui ont assisté le patient (vivant ou décédé)
- Toutes les personnes ayant eu un contact avec la personne décédée, y compris celles qui ont assisté à des cérémonies funéraires
- Toute autre personne susceptible d'avoir été exposée au cas-patient (vivant ou décédé)

L'inscription des personnes-contacts exige la possibilité de les localiser et de les faire interroger par l'équipe d'investigation. La recherche de toutes les personnes-contacts peut représenter un énorme défi sur le plan logistique. Les défis courants incluent les personnes-contacts sans adresse, les lieux dépourvus de noms de rue, les régions dans lesquelles les membres de la famille sont appelés par des surnoms personnels, ainsi que les pays dépourvus de programme national d'identification (absence de permis, certificats de naissance ou autres pièces d'identité nationales). La résolution de certains de ces défis consiste notamment à impliquer les dirigeants de communautés dans la recherche du lieu de résidence des personnes-contacts et à obtenir l'aide des opérateurs de téléphonie mobile pour localiser les personnes-contacts par GPS.

L'intervention des forces de l'ordre locales peut être nécessaire pour trouver certains contacts.

STIGMATISATION

Le recensement des personnes-contacts repose sur leur consentement à être suivies. Elles peuvent être moins disposées à être suivies selon leur niveau de compréhension de la MVE, la stigmatisation associée au fait d'être une personne-contact (de la part des pairs, de la famille ou de la communauté), ou encore leur ressenti par rapport à la réponse globale à la MVE. Elles peuvent également refuser le suivi si elles savent que des risques de mise en quarantaine ou d'interdiction de se rendre sur leur lieu de travail ou dans des établissements scolaires existent, auquel cas elles refuseront de signaler d'autres contacts en raison de cette stigmatisation. Les informations délivrées par l'équipe d'investigation à la personne-contact sont donc très importantes, tout comme la communication sanitaire au sein de la communauté et le soutien psychosocial.

Les mesures suivantes peuvent aider à éviter la stigmatisation :

- Impliquer et informer les dirigeants des communautés concernant l'infection, la transmission et les moyens de lutte contre la MVE. Les centres religieux, tels que les églises, peuvent être une excellente ressource pour diffuser des messages auprès des communautés et des personnes-contacts.
- Employer des moyens de communication et d'éducation sanitaires précoces, avant la première introduction de la MVE.
- Faire appel à une aide psychosociale précoce pour lutter contre la peur associée à la MVE.
- Déterminer un lieu et une heure de rencontre « sûrs » pour que les personnes-contacts ne soient pas identifiées comme personne-contact MVE par leurs pairs, leur famille ou leur communauté (option facultative).
- Informer les médias sur l'importance de respecter la confidentialité au sujet d'une personne-contact.

SUIVI

Une personne-contact peut refuser de poursuivre la procédure de suivi afin de ne pas voir interrompre ses activités quotidiennes. Cette pression peut entraîner l'incapacité de s'engager à des rencontres quotidiennes avec les traceurs. Les personnes-contacts qui continuent d'exercer des emplois nécessitant des interactions avec un grand nombre de personnes ou qui empêchent une personne-contact de signaler immédiatement l'apparition de symptômes (par exemple le personnel

aérien) doivent être prises en considération.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à atténuer cette pression :

- Inviter les dirigeants des populations locales à comprendre l'importance du processus de suivi
 - Créer des incitations à participer*
 - Fournir des ressources de base telles que de la nourriture, de l'eau, du savon, des seaux et des kits d'EPI domestiques*
- *Il est à noter que si ces services sont offerts, il se peut qu'ils attirent des gens qui ne sont pas réellement des personnes-contacts.

Plusieurs raisons peuvent amener des personnes-contacts à fuir la zone. Toute perte d'une personne-contact peut altérer le processus de recherche des contacts et la possibilité d'enrayer la propagation en cours de la MVE. Les pays sont tenus d'instaurer une procédure opérationnelle normalisée pour classer les risques de fuite des personnes-contacts et documenter la réponse appropriée. Les pays peuvent décider de réunir une équipe de traceurs spéciale en charge du suivi des personnes-contacts fugitives. Une mise en quarantaine doit être instituée pour les personnes-contacts présentant un risque de fuite élevé.

POST-SUIVI

Au-delà de la période de suivi de 21 jours, les personnes-contacts peuvent continuer à faire l'objet d'une stigmatisation par leur famille, leurs pairs ou leur communauté. Des campagnes de communication sanitaire ainsi que des activités et initiatives éducatives peuvent être envisagées pour aider les personnes-contacts à réintégrer leur communauté.

ASSURANCE QUALITÉ

L'assurance que la recherche des contacts fonctionne de manière efficace et pratique est un atout essentiel pour mettre fin à la propagation de la MVE. Une seule personne-contact perdue de vue ou incorrectement évaluée sur le plan clinique suffit à accroître le risque de propagation de la MVE. L'assurance qualité doit être mise en œuvre à tous les stades de la procédure de recherche des contacts. Plus spécifiquement, les points suivants doivent être appliqués par le personnel indiqué.

Équipe(s) de préparation, équipe(s) d'investigation, épidémiologiste en chef

- Examiner les cas-patients dont le nombre de personnes-contacts signalées est faible. Ces informations doivent être fournies par le gestionnaire de données.
 - Le nombre dépend de la situation géographique, de la culture, des conditions de vie, de l'activité ou de la profession et du temps pendant lequel le cas-patient a présenté des symptômes avant d'être localisé.
 - Faire preuve de prudence lorsque les chiffres ne correspondent pas à ceux de précédents cas-patients présentant des caractéristiques similaires.
 - Envisager d'interroger à nouveau le cas-patient, sa famille et ses voisins.
 - Envisager de poser des questions sur d'autres activités quotidiennes que la personne-contact pourrait avoir oubliées.
- Un autre moyen clé pour évaluer la qualité de la recherche des contacts consiste à déterminer le nombre de nouveaux cas-patients précédemment suivis en tant que personnes-contacts. Si des cas-patients sont recensés parmi des personnes qui n'ont pas déjà été répertoriées en tant que personnes-contacts, cela signifie que la procédure est défectueuse.

Superviseur(s) terrain

- S'assurer que les traceurs rendent bien visite aux personnes-contacts qu'ils doivent examiner chaque jour.
 - Si la technologie disponible le permet, procéder à un suivi mobile des chercheurs de contacts par GPS.

- Si les aspects culturels le permettent, envisager de demander au traceur de prendre une photo de la personne-contact près d'un point de repère clé qui lui est associé et la présenter chaque jour à l'agent de terrain.
- Procéder à des vérifications à domicile en sélectionnant de façon aléatoire des personnes-contacts au sein des différentes équipes de traceurs, et interroger ces personnes-contacts pour s'assurer qu'elles ont reçu tous les jours la visite d'un traceur. Si certains jours ont été manqués, confirmer qu'ils ont été correctement consignés par l'équipe de traceurs.
- S'assurer que les traceurs fournissent une évaluation exacte de l'état de santé d'une personne-contact[†]
 - Procéder à des vérifications à domicile en sélectionnant de façon aléatoire des personnes-contacts au sein des différentes équipes de traceurs et les interroger pour vérifier que l'évaluation de l'état de santé correspond bien aux rapports des traceurs.

[†] Bien que l'affectation d'un seul traceur à une même personne-contact soit recommandée pendant la durée complète de 21 jours, il est possible qu'en cas de forte crainte et de stigmatisation associée aux UTE dans le pays, la relation qui se noue entre les deux personnes rende le traceur moins susceptible d'effectuer un signalement si la personne-contact commence à présenter des symptômes évocateurs de la MVE.

MESURES DE QUALITÉ

Les mesures de qualité suivantes ont été adoptées à partir de la feuille de route de l'OMS pour la riposte à Ebola, et modifiées pour les besoins du présent document (6). Les épidémiologistes en chef et les superviseurs terrain doivent avoir pour responsabilité de s'assurer que toutes les mesures de qualité suivantes sont exactes et complètes, afin d'enrayer au mieux la propagation de la MVE. Les mesures de qualité suivantes doivent être appliquées :

- Rapports situationnels quotidiens (également appelés « SitReps »)
- Rapports hebdomadaires de surveillance active
- Pourcentage de personnes-contacts recherchées quotidiennement (l'objectif étant d'atteindre 100 % de personnes-contacts)
- Pourcentage de personnes-contacts suivies pendant 21 jours (l'objectif étant d'atteindre 100 % de personnes-contacts)
- Pourcentage de cas pour lesquels une recherche de personnes-contacts a été mise en œuvre dans les 24 heures après l'identification du cas (l'objectif étant d'atteindre 100 % de cas-patients)

De plus, les superviseurs terrain et les épidémiologistes en chef doivent définir des priorités concernant le nombre de personnes-contacts non contactées chaque jour et identifier celles qui n'ont pas été contactées pendant plusieurs jours. Ces personnes-contacts doivent être contactées afin de s'assurer qu'elles n'ont pas été perdues de vue.

CAPACITÉ D'ÉLARGISSEMENT

Bien que l'attention doive essentiellement porter sur la préparation à un cas initial et sur les personnes-contacts du cas-patient, il convient dans le même temps d'élaborer un plan permettant d'augmenter l'envergure et l'échelle de la réponse.

Le passage à un niveau supérieur nécessite le recrutement de personnel supplémentaire, l'expansion des infrastructures, l'acquisition de davantage de ressources, ainsi que des sources de financement à même de soutenir ces efforts. Un plan national doit être mis en place pour coordonner le passage au niveau supérieur, en prévoyant éventuellement le soutien de sources extérieures et de la communauté internationale. L'octroi de sources de financement complémentaires (par exemple via des organisations non gouvernementales) doit être envisagé.

Dans le cas où la réponse en urgence nécessite un passage au niveau supérieur en raison d'une hausse du nombre de cas-patients ou de personnes-contacts, la procédure de recherche des contacts peut être modifiée en vue de recruter davantage d'équipes d'investigation, de superviseurs terrain et de traceurs de contact. Les mesures supplémentaires pour le passage au niveau supérieur dépendent du pays concerné et du scénario de l'épidémie.

CONCLUSION

La recherche de contacts est essentielle pour identifier, maîtriser et enrayer la propagation de la MVE. Il suffit d'une seule personne-contact manquée pour que la transmission de la maladie puisse continuer de se poursuivre et conduire à une augmentation rapide du nombre de cas-patients et de personnes-contacts dépassant rapidement la capacité de réponse. Il est donc extrêmement important que la recherche des contacts commence immédiatement et soit correctement gérée pour garantir une lutte efficace contre la MVE.

ANNEXES

ANNEXE A : EXEMPLE DE LISTE D'ÉQUIPEMENT POUR LA RÉPONSE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA

Équipe de recherche des contacts					
	Épidémiologiste en chef	Superviseur terrain	Équipe d'investigation	Équipe de traceurs	Gestionnaire de données
Équipement de protection individuelle					
Gants jetables			X	X	
Blouses					
Écran facial (ou lunettes de protection)					
Masque facial N95/FFP2					
Masque chirurgical pour le cas-patient					
Sacs plastique contre les risques biochimiques					
Technologies de l'information					
GPS		X	X	X	
Téléphones mobiles (avec crédit)	X	X	X	X	X
Ordinateurs	X	X			X
Accès à Internet	X	X			X
Outils de collecte électronique des données			X	X	X
Équipement de terrain					
Thermomètres ¹				X	
Fournitures de bureau ²	X	X	X	X	X
Équipement adéquat contre les intempéries ³			X	X	
Désinfectant pour les mains ou eau de Javel	X	X	X	X	X
Formulaires adéquats	X	X	X	X	
Transport					
Chauffeur/véhicule		X	X	X	

¹ La température ne doit pas faire l'objet d'une confiance excessive, notamment en cas d'utilisation du Thermo-Flash, dont la précision peut être moindre lorsqu'il est utilisé en dehors des conditions idéales, par exemple dans des lieux arides ou sous des températures extrêmes. La présence d'une fièvre subjective et/ou d'autres symptômes chez une personne-contact doit éveiller les soupçons.

² Exemple : papier, stylos, dossiers (ou dossiers imperméables durant la saison des pluies). La plupart des gens ne disposent pas de ce matériel.

³ Exemple : imperméables et bottes étanches durant la saison des pluies.

ANNEXE B : CONSIDÉRATIONS BUDGÉTAIRES RELATIVES À LA RÉPONSE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA

La mise en place d'un système fonctionnel pour la recherche des contacts nécessite des ressources humaines, financières et logistiques importantes. Les suggestions ci-dessous donnent un exemple des ressources nécessaires à la recherche des contacts. Ces exemples valent pour l'équipe de recherche des contacts uniquement. Les autres équipes mentionnées dans le présent document devront également être budgétisées. Pour consulter un outil de modélisation budgétaire plus détaillé pour la recherche des contacts, veuillez consulter le document de l'OMS : « *Recherche des contacts pendant une flambée de maladie à virus Ebola (7)* ».

Exemples de ressources nécessaires :

Salaires

- Épidémiologiste en chef
- Superviseurs terrain
- Équipes de préparation et d'investigation
- Traceurs
- Gestionnaire de données
- Chauffeur(s) (le cas échéant)

Équipement

- Voir l'**Annexe A**, mais prendre également en considération :
 - Coût des crédits de téléphone mobile
 - Impression des formulaires
 - Désinfectant pour les mains

Transport (pour les superviseurs terrain, traceurs et équipes d'investigation)

- Taxis (le cas échéant)
- Carburant (en cas d'utilisation de véhicules personnels)
- Véhicules de location (si nécessaire)

ANNEXE C : PROCÉDURE PAS À PAS POUR LA RÉPONSE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA

Identification initiale des cas :

1. Le premier cas-patient MVE suspect est identifié par le système d'alerte.
2. L'équipe de préparation est mise en alerte.
3. L'équipe de préparation évalue les symptômes et les signes cliniques du patient, ainsi que leurs facteurs de risque, et détermine si ces critères correspondent à la définition d'un CUI ou d'un cas-patient suspect.
4. Si le patient correspond à la définition d'un CUI ou d'un cas-patient suspect, l'équipe d'investigation interroge le CUI et effectue une visite à domicile afin d'établir une liste initiale des personnes-contacts.
5. L'équipe d'investigation rencontre chaque personne-contact et accomplit les tâches suivantes :
 - a. Évaluer l'état de santé de la personne-contact.
 - b. Informer la personne-contact de son statut.
 - c. Interroger la personne-contact.
 - d. Expliquer la procédure consistant à faire l'objet d'un suivi quotidien pendant 21 jours.
 - e. Évaluer le risque de fuite de la personne-contact.
 - f. Déterminer un lieu et une heure de rendez-vous appropriés pour effectuer le suivi de la personne-contact.
 - g. Identifier un traceur pour effectuer le suivi de la personne-contact pendant 21 jours.
 - h. Préparer le **formulaire de listage des contacts** (voir Annexe D).
6. L'épidémiologiste en chef affecte les superviseurs terrain en fonction de la répartition géographique des personnes-contacts.

Tous les jours :

7. L'épidémiologiste en chef distribue une liste à jour des contacts aux superviseurs terrain.
8. Les superviseurs terrain rencontrent les équipes de traceurs qui leur sont affectées et distribuent la liste des contacts pour chaque équipe, en regroupant les personnes-contacts par proximité géographique.
9. Les traceurs rencontrent chaque personne-contact et accomplissent les tâches suivantes :
 - a. Observer l'état général de la personne-contact en vue de déceler tout signe apparent de maladie.
 - b. Interroger la personne-contact sur son état de santé (présence ou absence de symptômes spécifiques).
 - c. Remplir le **formulaire de suivi quotidien des contacts** (voir Annexe E).
 - d. Demander à la personne-contact si elle connaît une autre personne malade.
10. Le superviseur terrain fournit :
 - a. Soutien logistique, y compris le transport des équipes de traceurs et la garantie du paiement.
 - b. Activation de l'étape suivante dans la chaîne d'alerte (spécifique au contexte) pour

toute personne-contact identifiée par des traceurs comme ayant développé des symptômes.

- c. Assurance qualité pour veiller à l'exactitude des rapports des traceurs. La vérification porte sur les aspects suivants :
 - i. Nombre de personnes-contacts suivies ce jour-là par rapport au nombre de personnes-contacts recensées sur le formulaire.
 - ii. Nombre de personnes-contacts bien portantes, symptomatiques et non examinées (et non uniquement les personnes-contacts symptomatiques).
 - iii. Personnes-contacts non examinées au cours des dernières 24 heures, qui doivent être recherchées par les traceurs de contact en utilisant toutes les informations qu'ils peuvent collecter auprès de la famille ou des voisins.
 - iv. Exhaustivité du formulaire par personne-contact (données démographiques, symptômes).
 - v. Personnes-contacts non examinées, afin de déterminer si le suivi a été suffisant ou si une investigation supplémentaire est requise.
 - d. Passage en revue des problèmes de sûreté ou de sécurité avec les traceurs de personnes-contacts (déterminer si le traceur est malade).
11. En fin de journée, les traceurs contactent leurs superviseurs terrain pour leur rendre compte du statut de leurs personnes-contacts.
 12. Les superviseurs terrain remplissent le **formulaire récapitulatif de la recherche des contacts** en fonction des informations fournies par les traceurs de contact et l'équipe d'investigation, puis ces données sont transmises à l'épidémiologiste en chef et au gestionnaire de données.
 13. Le gestionnaire de données ou le personnel en charge de la saisie entre les données par voie électronique.
 14. Le gestionnaire de données détermine s'il existe des cas-patients ayant peu de personnes-contacts, voire aucune, si des personnes-contacts n'ont pas été vues pendant plusieurs jours sans aucune explication, puis transmettent ces informations à l'épidémiologiste en chef.
 15. L'épidémiologiste en chef consulte les données et met en place la liste des personnes-contacts courante ou actualisée pour le lendemain.
 16. S'assurer que toutes les personnes-contacts symptomatiques font l'objet d'un suivi.

ANNEXE D : FORMULAIRE DE LISTAGE DES CONTACTS POUR LA RÉPONSE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA (POUR LES ÉPIDÉMIOLOGISTES)

FOMULAIRE DE LISTAGE DES CONTACTS¹

Informations sur les cas												
Identifiant de cas de l'épidémie	Nom de famille	Autres noms	Responsable du foyer	Adresse	Ville	District	Date d'apparition du symptôme	Lieu du cas identifié				

Informations de contact												
Nom de famille	Autre nom	Sexe (H/F)	Âge (en années)	Relation avec le cas	Date du dernier contact avec le cas	Type de contact (1/2/3/4)* (les citer tous)	Responsable du foyer	Adresse	Ville	District	Numéro de téléphone	Personnel de santé (O/N) - Si oui, de quel établissement ?

* Types de contacts

1 = A touché les fluides corporels du cas de MVE (sang, vomissures, salive, urine, selles, sperme, sueur)

2 = A eu un contact physique direct avec le corps du patient (vivant ou décédé)

3 = A touché ou nettoyé le linge, les vêtements ou la vaisselle du patient

4 = A séjourné ou mangé dans le même foyer que le patient

Fiche de contact remplie par :

Nom :

Titre :

Téléphone :

¹ À l'usage des épidémiologistes interrogeant toute personne identifiée comme cas suspect, probable ou confirmé de maladie à virus Ebola (MVE).

ANNEXE E : FORMULAIRE DE SUIVI QUOTIDIEN DES CONTACTS POUR LA RÉPONSE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA (POUR LES TRACEURS)²

FORMULAIRE DE SUIVI QUOTIDIEN DES CONTACTS À L'ATTENTION DES TRACEURS

Nom : _____ Sexe : _____ Âge : _____ Date du dernier contact (JJ/MM/AA) : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____

Instructions : Chaque jour, rechercher chez la personne-contact les symptômes ci-dessous et inscrire « Oui » si elle présente le symptôme, ou « Non » dans le cas contraire. Si une personne-contact présente l'un des symptômes, appeler immédiatement le superviseur terrain au :

_____.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Date																						
Fièvre																						
Malaise																						
Douleurs musculaires																						
Maux de tête																						
Faiblesse ou fatigue																						
Maux de gorge																						
Vomissements																						
Diarrhée																						
Éruption cutanée																						
Hémorragies																						
Hoquet																						

Commentaires :

² À l'usage des traceurs qui suivent les contacts de cas suspects, probables ou confirmés de maladie à virus Ebola.

ANNEXE F : FORMULAIRE RÉCAPITULATIF DE LA RECHERCHE DES CONTACTS POUR LA RÉPONSE À LA MVE (POUR LE SUPERVISEUR TERRAIN)³

FORMULAIRE RÉCAPITULATIF DU TRAÇAGE À L'ATTENTION DES SUPERVISEURS TERRAIN

Date : _____

1) Nom du superviseur terrain :	
2) Nom de l'équipe :	
3) Membres de l'équipe :	
4) Nombre de contacts en cours de suivi	
a. Nombre de contacts suivis ce jour (asymptomatiques)	
b. Nombre de contacts suivis ce jour (symptomatiques)	
c. Nombre de contacts libérés du suivi ce jour	
d. Nombre de contacts non suivis ce jour	
<i>(Le TOTAL des lignes (a) à (d) ci-dessus doit être égal au nombre de contacts en cours de suivi)</i>	
5) Nombre de contacts non examinés au cours des dernières 24 heures (ou plus)	
a. 5) Nombre de contacts non examinés au cours des dernières 24 heures (ou plus) avec visite de famille ou des voisins effectuée ce jour	
b. Nombre de contacts non examinés au cours des dernières 24 heures (ou plus) sans visite de famille ou des voisins effectuée ce jour	
<i>(Le TOTAL des lignes (a) et (b) ci-dessus doit être égal au nombre de contacts non examinés au cours des dernières 24 heures)</i>	
6) Nombre de suivis de contacts effectués pour l'assurance qualité par le superviseur terrain ce jour	
7) Nombre de visites d'observation des traceurs effectuées par le superviseur terrain ce jour	
Remarques concernant les visites d'observation :	
8) Nombre d'appels d'alerte effectués ce jour (pour les contacts symptomatiques)	
Remarques concernant les résultats de chaque appel d'alerte :	
9) Autres remarques ce jour :	

³ À l'usage des superviseurs terrain qui suivent les contacts de cas suspects, probables ou confirmés de maladie à virus Ebola.

REMERCIEMENTS

Le présent document a été rédigé par le Dr Ashley Greiner, MD, MPH et le Dr Kristina Angelo, DO, MPH-TM, officiers de renseignement sur les épidémies auprès du CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Nous adressons nos remerciements pour leur contribution à

Fred Angulo, DVM, PhD

Deborah Hastings, MD,

Barbara Knust, DVM

Rupa Narra, MD

Andrea McCollum, PHD,

Lucy McNamara, PHD,

Kari Yacisin, MD,

Kelsey Mirkovic, PhD

Tasha Stehling-Ariza, PhD,

Jennifer Harris, PhD, MPH

Craig Kiebler, DVM, MPH,

Antonio Vieira, DVM, MPH, PhD,

Julia Painter, PhD, MPH

A. Russell Gerber, MD

Marta Guerra, DVM, PhD, MPH

Angela Ahlquist Cleveland, MPH

RÉFÉRENCES ET RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

1. Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation 2014 \[mis à jour août 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/csr/disease/ebola/manual_EVD/en/.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Définition de cas de maladie à virus Ebola (MVE) 2014 [mis à jour du 27 octobre 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/case-definition.html>.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Consignes provisoires pour la collecte, le transport, l'analyse et la soumission d'échantillons prélevés sur des patients suspectés d'avoir contracté la maladie à virus Ebola [cité le 20 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/ebola-lab-guidance.pdf>.
4. Organisation mondiale de la Santé. Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola en 2014 [mis à jour en septembre 2014 ; cité le 25 septembre 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Consignes provisoires des États-Unis pour le suivi et le déplacement des personnes ayant été exposées au virus Ebola en 2014 [mis à jour le 3 novembre 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html>.
6. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour la riposte au virus Ebola 2014 [mis à jour le 28 août 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1>.
7. Organisation mondiale de la Santé. Recherche des contacts pendant une flambée de maladie à virus Ebola 2014 [mis à jour septembre 2014 ; cité le 21 octobre 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing/en/>
8. Organisation mondiale de la Santé. Ebola Surveillance in Countries with No Reported Cases of Ebola Virus Disease [mis à jour le 5 septembre 2014 ; cité le 12 novembre 2014]. Disponible sur : <http://who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-surveillance/en/>
9. Organisation mondiale de la Santé. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine [mis à jour 2010 ; cité le 2 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/integrated-disease-surveillance/features/2775-technical-guidelines-for-integrated-disease-surveillance-and-response-in-the-african-region.html>